

Особенности течения острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта

А.А. Козёлкин, А.А. Кузнецов, Л.В. Новикова
Запорожский государственный медицинский университет

Резюме. В статье представлены результаты комплексного клинико-неврологического, лабораторного и инструментального обследования 80 больных с ишемическим инсультом в возрасте от 45 до 85 лет (средний возраст $66,1 \pm 1,3$ лет). Основную группу наблюдения (средний возраст – $71,3 \pm 1,8$ лет) составили больные в остром периоде повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ), среди которых у 54% повторный МИПИ был локализован в ипсилатеральном каротидном бассейне (ИЛ КБ) относительно первичного очага, а у 46% – в контрлатеральном каротидном бассейне (КЛ КБ). Наиболее весомыми факторами развития повторных инсультов стали: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, ожирение. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой системе (инсульт, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь) была выявлена у 88% пациентов с первичным инсультом и у 100% больных, перенесших повторный инсульт. Наследственность по ЦВЗ была отягощена почти у 80% мужчин в возрасте 40-59 лет. С возрастом доля их уменьшалась и достигала 31% в возрасте 60-69 лет. У женщин отягощенный анамнез по ЦВЗ был значительно ниже в возрастной группе 40-59 лет, всего у 35%. Тяжесть течения повторного мозгового ишемического полушарного инсульта зависела от объема очага поражения, полушарной локализации.

Ключевые слова: мозговой ишемический полушарный инсульт, ипсилатеральный каротидный бассейн, контрлатеральный каротидный бассейн.

Проблема цереброваскулярной патологии, в частности ишемического инсульта, является одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии и занимает лидирующее положение во всем мире в связи с высокими показателями заболеваемости, стойкой инвалидизации и смертности населения в экономически развитых странах, а также большими финансовыми затратами на лечение и реабилитацию [5, 7, 11, 12, 15].

Согласно рекомендациям, предложенным Европейской инициативой по проблемам инсульта, инсульт определяется как внезапный неврологический дефицит, обусловленный ишемией или геморрагией центральной нервной системы. Адекватным является также определение предложенное неврологами во второй половине XX века: инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое сопровождается структурно-морфологическими изменениями в ткани мозга и устойчи-

вым неврологическим дефицитом, который сохраняется 24 часа и более после появления первых симптомов события [19]. Сегодня церебральный инсульт является особым видом критических состояний, его признали третьей по частоте причиной смертности населения и первой по частоте причиной инвалидности людей пожилого возраста [1, 3, 6, 14, 16, 17].

Распространенность инсульта в разных странах составляет от 140 до 500 случаев на 100 тыс. населения. По данным ВОЗ, за 2012 год в мире умерло более 6 млн человек от инсульта, что составило 10,8% от общей смертности населения. В перспективе прогнозируют рост случаев инсульта и летальности: в 2015 г. – до 18 млн и 6,5 млн, в 2030 г. – до 23 млн и 7,8 млн соответственно. Сейчас 46% больных инсультом умирают в течение 1-го месяца, а из тех, кто выживает, возвращаются к труду – 10%, у 48% наблюдаются инвалидизирующие гемипарезы, у 30% – развиваются психоорганические синдромы. Установлено, что ишемический ин-

сульт среди взрослого населения и лиц трудоспособного возраста на 100 тыс. населения составляет 57% и 9,9% соответственно [4].

Более того, актуальность проблемы обусловлена также и тем, что в 25-30% после первичного мозгового инсульта в течение года развивается повторный, а в первые 5 лет от эпизода первичной церебральной дисгемии каждый шестой выживший переносит ее повторно [5,12,15,2]. Поэтому повторные ишемические инсульты являются важнейшей проблемой современной ангионеврологии. По данным разных авторов, они составляют от 5 до 31% всех сосудистых заболеваний головного мозга [6,2]. Повторные инсульты на сегодняшний день регистрируются во многих странах мира и служат важным показателем эффективности вторичной профилактики.

Результаты исследований показали, что при ишемическом инсульте повторный инсульт относительно чаще также бывает ишемическим (в 87,3% случаев). То есть при ишемическом инсульте сравнительно чаще развивается повторный ишемический инсульт, чем при геморрагическом – повторный геморрагический инсульт, что свидетельствует о стабильности факторов развития ишемического инсульта [15].

Большинство исследований, которые наблюдали больных после перенесенного повторного инсульта, отмечают, что таковой протекает более тяжело, чаще сопровождается грубой инвалидизацией больных и менее полным восстановлением. После перенесенного инсульта нарастают процессы дезорганизации в разных органах и системах, активизируется система свертывания крови в сочетании с функциональной недостаточностью противосвертывающих механизмов, что в свою очередь повышает риск повторного инсульта [8,10]. Вместе с тем, в доступной литературе отсутствуют данные о достоверных факторах риска развития повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (далее – МИПИ), особенностях клинического течения, исхода заболевания в зависимости от полушарной локализации очага поражения.

Цель работы - изучить особенности течения острого периода повторного МИПИ.

Задачи исследования:

Определить особенности клинического течения острого периода повторного МИПИ и его исход в зависимости от полушарной локализации зоны церебральной ишемии.

Провести сравнительный анализ основных факторов риска у лиц с повторным и первичным МИПИ.

Проанализировать роль профилактических мероприятий у больных с повторным МИПИ.

Для решения поставленных задач нами проведено комплексное клиничко-неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование 80 больных с ишемическим инсультом в возрасте от 45 до 85 лет (средний возраст $66,1 \pm 1,3$ лет), которые находились на стационарном лечении во 2-м неврологическом отделении 6-й городской клинической больницы г. Запорожье в 2012-2013 годах. Основную группу наблюдения составили больные в остром периоде повторного МИПИ (средний возраст – $71,3 \pm 1,8$ лет), среди которых у 54% повторный МИПИ был локализован в ипсилатеральном каротидном бассейне (далее – ИЛ КБ) относительно первичного очага, а у 46% – в контрлатеральном каротидном бассейне (далее – КЛ КБ). В контрольную группу наблюдения вошли пациенты в остром периоде первичного МИПИ, средний возраст которых составил $65,8 \pm 1,5$ лет. Группы достоверно не отличались по возрасту и полу.

Критериями включения в исследование были: возраст от 45 до 85 лет; подтвержденный по результатам нейровизуализации и задокументированный МИПИ; из исследования исключались пациенты с декомпенсированной патологией, онкологическими заболеваниями в анамнезе, сахарным диабетом.

Клиническое обследование пациентов включало анализ жалоб, изучение анамнеза заболевания (структура дебюта, темп развития, уровень артериального давления) и анамнез жизни (факторы риска, отягощенный анамнез, соблюдение профилактических мероприятий и их объем). Изучение динамики объективного соматического и неврологического статуса проводилось с оценкой степени тяжести по шкале инсульта NIH – (National Institutes of Health Stroke Scale) на 1-е, 3-е, 5-е, 10-е и 15-е сутки, а клиничко-социальный исход острого периода МИПИ оценивался по модифицированной шкале Рэнкина.

Диагноз МИПИ основывался на основных критериях ВОЗ с учетом результатов КТ и МРТ головного мозга. Лабораторные методы исследования включали: общий анализ крови, определение уровня гликемии, гемостазиограмма, липидный спектр крови.

Результаты заносились в тематическую карту, которая состояла из 50 пунктов о клинических, анамнестических и параклинических данных. Полученные данные обрабатывались в программе Microsoft Excel и Statistica 6.0. Статистический анализ проводился с использованием критерия достоверности Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

У всех обследованных больных дебют МИПИ характеризовался наличием очагового неврологического дефицита, в форме центрального пареза VII и XII пар ЧМН, наличием гемипареза/гемиплегии, патологических рефлексов в сочетании с чувствительными и афатическими нарушениями.

С точки зрения гетерогенности ишемического инсульта выделены следующие основные патогенетические подтипы: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, а также инсульт по типу гемореологической микроокклюзии.

Атеротромботический подтип был выявлен у 55% и 58% пациентов с первичным и повторным МИПИ соответственно, кардиоэмболический подтип был зафиксирован у 35% и 38%, лакунарный подтип – у 4,5% и 7%, гемодинамический подтип был зафиксирован только в группе с первичным МИПИ у 1,5%.

Доминировал острый дебют заболевания, который отмечался у 81% и 95% пациентов с первичным и повторным МИПИ, подострый дебют был выявлен у 2,5% и 19% соответственно, ступенеобразное течение было выявлено у 2,5% больных в группе первичных МИПИ.

Наиболее значимым фактором риска МИПИ в обеих группах была АГ. Среди обследованных больных, как с первичным, так и с повторным инсультом, артериальной гипертонией (зафиксированные цифры АД 140/90 и более) страдали 97% и 94% пациентов, что указывает на

ведущую роль стабильно высоких цифр артериального давления в развитии МИПИ.

ИБС была подтверждена у 85% пациентов в группе контроля и у 92% пациентов основной группы.

Третьим фактором риска стала распространенность фибрилляции предсердий (ФП), диагноз которой устанавливался кардиологом, на основании жалоб и динамического наблюдения показателей ЭКГ пациента, и составила 36% и 40% у больных с первичным и повторным МИПИ.

В нашем исследовании также были включены пациенты с ожирением. В частности, у 30% пациентов с первичным инсультом был зафиксирован индекс массы тела, превышающий показатель 30%, а у пациентов с повторным МИПИ он был зафиксирован у 41% больных.

Также как факторы риска рассматривалось курение (более 20 сигарет в день) и злоупотребление алкоголем (свыше 50 г этанола в день). Они составили по 24% и 15% в группе наблюдения и по 28% и 18% в контрольной группе соответственно. Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее значимыми факторами риска повторных инсультов являются: гипертоническая болезнь, ИБС, фибрилляция предсердий, ожирение, курение, злоупотребление алкоголем.

Изучалась и отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (инсульт, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь) у родителей, родных братьев, сестер больных, которая была выявлена у 37 человек (88%) заболевших первичным инсультом, из них 18 мужчин (48%) и 19 женщин (52%); и у 38 больных, перенесших повторный инсульт (100%). Из них женщин – 19 (50%), мужчин – 19 (50%). В группе с повторными инсультами отягощенная наследственность по инсульту составила 23,5%, по инфаркту миокарда – 26,5%, по АГ – 50%, в группе контроля: 16%, 14,3%, 54,8% соответственно.

Наследственность была отягощена почти у 80% мужчин в возрасте 40-59 лет. С возрастом доля их уменьшалась и достигала 31% в возрасте 60-69 лет. У женщин доля лиц с отягощен-

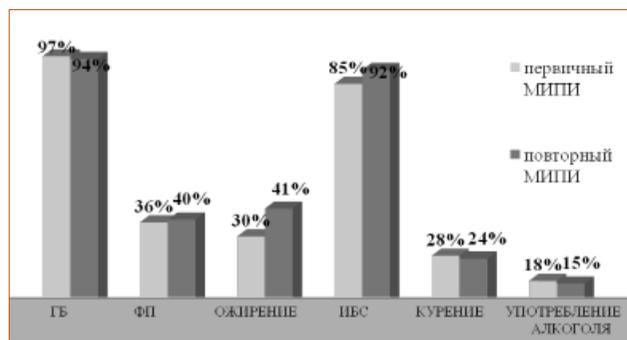


Рисунок 1 Факторы риска МИПИ



Рисунок 2 Наследственность

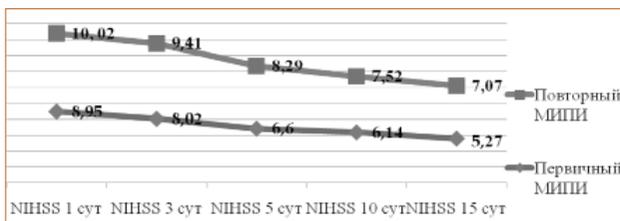


Рисунок 3 Средний балл по шкале NIHSS в динамике у больных с МИПИ



Рисунок 4 Средний балл по шкале NIHSS в динамике у больных с повторным МИПИ

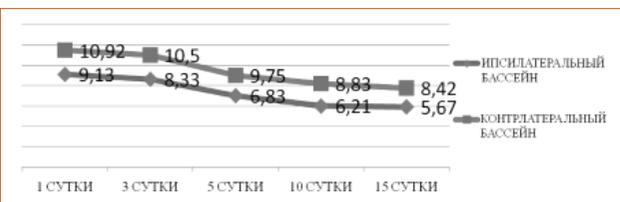


Рисунок 5 Средний суммарный балл по шкале NIHSS

ным анамнезом была значительно ниже в возрастной группе 40-59 лет, всего у 35% ($p < 0,05$).

Сравнивая тяжесть состояния больных в динамике острого периода МИПИ, отмечалась тенденция более высокого среднего балла по шкале инсульта НИ в группе повторных инсультов в сравнении с первичными в среднем на 17% во все периоды наблюдения, а соответственно и более тяжелого течения повторного МИПИ в сравнении с первичным.

Отличалось и течение повторного МИПИ в зависимости от полушарной локализации очага церебральной ишемии: более высокий балл по шкале NIHSS отмечался у больных с правополушарной локализацией повторного МИПИ и превышал таковой с левополушарной локализацией на 16,9%.

Анализ показателей по шкале инсульта НИ показал, что более высокий средний балл был в группе больных с первичным очагом МИПИ в КЛ КБ по сравнению с больными, очаг острой церебральной ишемии которых локализовался в ИЛ КБ на 26%.

Таким образом, средний суммарный балл по шкале NIHSS у больных отличался на 5 сутки заболевания ($p < 0,05$) и прослеживалась тенденция его повышения на 10-е и 15-е сутки.

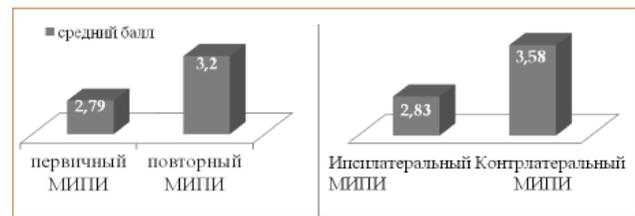


Рисунок 6 Исход МИПИ по модифицированной шкале Рэнкина



Рисунок 7 Наличие профилактики

На 5-е сутки повторного МИПИ средний суммарный балл в КЛ КБ составил $9,75 \pm 1,22$ баллов, а повторного МИПИ в ИЛ КБ – $6,83 \pm 0,61$ баллов.

Уровень инвалидизации больных острого периода МИПИ оценивался по модифицированной шкале Рэнкина и имел следующие показатели: в группе повторных инсультов средний балл по шкале Рэнкина превышал таковой показатель в группе первичных инсультов на 13%, а соответственно повторные инсульты имели более худший прогноз. В группе повторных инсультов левополушарной локализации отмечался меньшим средним баллом по шкале Рэнкина на 4%, а следовательно, более худший прогноз – для повторных инсультов правополушарной локализации. Повторный МИПИ с первичным очагом в контралатеральном полушарии характеризовался более высоким баллом в сравнении с ипсилатеральной локализацией первичного очага и средний балл по модифицированной шкале Рэнкина превышал на 19,2%.

Главный способ предупреждения повторного инсульта – это соблюдение вторичной профилактики, однако, не взирая на это, в группах исследования остается довольно весомый процент больных, которым не проводилась профилактика вообще, что вероятно и послужило у них причиной развития повторного инсульта. Из общего количества больных в группе с первичным инсультом профилактика проводилась у 36,7%, а в группе с повторными инсультами – у 24,7%.

Выводы

1. Наиболее весомыми факторами развития повторных инсультов стали: АГ, ИБС, фибрилляция предсердий, ожирение.

2. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой системе (инсульт, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь) была выявлена у 88% пациентов с первичным инсультом и у 100% больных, перенесших повторный инсульт. Наследственность по ЦВЗ была отягощена почти у 80% мужчин в возрасте 40-59 лет. С возрастом доля их уменьшалась и достигала 31% в возрасте 60-69 лет. У женщин отягощенный анамнез по ЦВЗ был значительно ниже в возрастной группе 40-59 лет, всего у 35%.
3. Тяжесть течения повторного мозгового ишемического полушарного инсульта зависела от объема очага поражения, полушарной локализации. Повторные мозговые ишемические полушарные инсульты в контрлатеральном каротидном бассейне правополушарной локализации характеризовались более тяжелым течением и худшим медико - социальным исходом острого периода заболевания в сравнении с левополушарной локализацией очага поражения в ипсилатеральном каротидном бассейне.
4. В группе повторных инсультов вторичная профилактика проводилась у 75,3% больных по сравнению с первичным инсультом, где она была лишь у 36,7% пациентов.

Список использованной литературы

1. Верещагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - С.8-11.
2. Верещагин Н.В., М.А. Пирадов, З.А. Суслина // Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики. - М : Медицина, 2008. - 176 с.
3. Волошин П.В., Мищенко Т.С. Профилактика мозгового инсульта // Здоров'я України. - 2006. - №5. - С.5-14.
4. Гафуров В.Б., Рахманова Ш.П. / Некоторые клинико - параклинические характеристики первого и повторного мозгового инсульта// Міжнародний неврологічний журнал. - 2011. - № 1 (39). - С. 59-62.
5. Зозуля Ю.П., Мищенко Т.С. // Сучасні принципи діагностики та лікування хворого із гострим порушенням мозкового кровообігу. - 2011.
6. Зозуля І.С., А.І. Зозуля. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні // Укр. мед. часопис. - №5 (85) - 2012. - С. 38-41.
7. Кадиков А.С., Шахпаронова Н.В., Шведков В.В. Больной, который перенес инсульт на амбулаторном лечении // Неврология. - 2007. - № 2. - С. 17-27.
8. Котова С.Г., І.П. Антонов: Повторні ішемічні інсульти: основні причини виникнення та шляхи профілактики // Медичні новини. - № 11. - 2007.
9. Кузнецов А.Н. Церебральная эмболия // Неврологічний журнал. - 2004. - № 5 - С. 4-11.
10. Кульмацкій А.В. Автореферат / Частота, патогенез, клініка та профілактика повторних порушень мозкового кровообігу. - К. - 2012.
11. Суслина З.А., Верещагин Н.В. Современное представление о патогенетической гетерогенности ишемического инсульта //Очерки ангионеврологии. / Под ред. Суслиной З.А./ М., 2007. - С. 82-85.
12. Кадиков А.С., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Рус. мед. журн. 2009 г. - № 25 (197) - С. 1390-1395.
13. Яхно М.М. / Инсульт – сучасний стан проблеми// Міжнародний неврологічний журнал. - 2008. - Том 13. - С. 5-10.
14. Carnethon M., Flegal K., Ford E., Furie K. // Хвороби серця та інсульту, статистика. - 2010.
15. Evenson K.P., Morris D.L. Stage and in-hospital delays in acute stroke care. // Neuroepidemiology. - 2010. - V.20. - P. 65 -76.
16. Warlou C.P., Dennis J.J., Van Jis.J. // Инсульт. Практическое руководство для врачей. 2-е изд. Blackwell Science. 2008/ - С. 64.
17. Yoo H.S., Kim Y.D., Lee H.S., Song D.L, Song T.J. Repeated thrombolytic therapy in patients with recurrent acute ischemic stroke. // Stroke. - 2013 Sep. - Vol. 15(3). - P/ 182-188.

Надійшла до редакції 26.11.2014 р.

SOME FEATURES OF ACUTE PERIOD OF THE RECURRENT CEREBRAL ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE

A.A. Kozelkin, A.A. Kuznetsov, L.V. Novikova

Summary

The article presents the results of a comprehensive clinical and neurological, laboratory and instrumental examination of 80 patients aged 45 to 85 years (mean age 66.1±1.3 years) with ischemic stroke. The main observation group (mean age 71.3±1.8 years) consisted of patients in acute period of the recurrent cerebral ischemic hemispheric stroke (CIHS); in 54% of them, the recurrent CIHS was localized in the ipsilateral carotid system (ICS) toward the primary lesion, and in 46% - in the contralateral carotid system (CCS). The most significant factors of the recurrent stroke were hypertension, coronary heart disease, atrial fibrillation, and obesity. Bad family history of cardiovascular system problems (stroke, myocardial infarction, and hypertension) was found in 88% of patients with primary stroke and in 100% of patients who suffered a second stroke. Almost 80% of men aged 40-59 years had bad family history of cardiovascular diseases. With age, their share decreases and reaches 31% at the age of 60-69 years. The amount of women with cardiovascular history was significantly lower in the age group 40-59 years, only 35%. The severity of the recurrent CIHS depended on the volume of the lesion and hemispheric localization.

Keywords: cerebral hemispheric ischemic stroke, ipsilateral carotid system, contralateral carotid system.